

# SCHEDA CLINICA

DATI ASSISTITO	
Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	Cod. fiscale _____

Descrizione	Causa di non autosufficienza	Concausa di non autosufficienza
<b>TUMORI MALIGNI</b>		
<b>DIABETE MELLITO</b>		
<b>MALNUTRIZIONE</b>		
<b>ANEMIE</b>		
<b>DEMENZA</b>		
<b>DEPRESSIONE</b>		
<b>PARKINSON E ALTRE MALATTIE NEUROLOGICHE</b>		
<b>CECITA' E IPOVISIONE</b>		
<b>PERDITA DELL' UDITO</b>		
<b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>		
<b>MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE</b>		
<b>ARITMIE CARDIACHE</b>		
<b>INSUFFICIENZA CARDIACA</b>		
<b>ICTUS</b>		
<b>ALTRE MALATTIE CEREBROVASCOLARI</b>		
<b>MALATTIE DELLE ARTERIE PERIFERICHE</b>		
<b>MALATTIE DELLE VENE DEGLI ARTI INFERIORI</b>		
<b>MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE</b>		
<b>MALATTIE GASTROINTESTINALI</b>		
<b>MALATTIE EPATO-BILIARI</b>		
<b>INSUFFICIENZA RENALE</b>		
<b>ULCERE DA PRESSIONE</b>		
<b>FRATTURA DI FEMORE</b>		
<b>MALATTIE OSTEO-ARTICOLARI</b>		
<b>INCONTINENZA FECALE</b>		
<b>INCONTINENZA URINARIA</b>		
<b>ALTRO (specificare):</b>		

**Indicare quale tra le patologie presenti è la principale causa di non autosufficienza:**

	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

**Indicare se anche in assenza di una vera causa di non autosufficienza le varie patologie presenti possono concorrere a determinarla**

**Indicare se la persona è:**

In dialisi	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	In fase di terminalità oncologica	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	fase di terminalità non oncologica	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------------	----------------------------	----------------------------

Numero delle crocette apposte

Valutazione raccolta alla data della firma sulla base dell'anamnesi e dei dati presenti nella cartella clinica dell'assistito

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma MMG

## GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Scheda CLINICA

Obiettivo

La scheda clinica, da compilarsi a cura del medico curante, raccoglie i dati anamnesi clinica della persona e ha l'obiettivo di evidenziare le varie patologie che determinano l'attuale stato di non autosufficienza e le altre patologie rilevanti.

**Modalità di Compilazione**

Per ogni patologia della lista barrare con una **X** la casella indicante se la patologia presente è causa o concausa di non autosufficienza.

Nella casella "Patologia principale causa di non autosufficienza" riportare la patologia che al momento, a giudizio del medico, è la principale causa organica di non autosufficienza.